

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

651

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FLORENCE HUGUETTE CHUIT

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née le 18 Juin 1903, à Paris-6^e

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'AMÉNORRHÉE SYPHILITIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur



IMPRIMERIE A. CASTET

38 bis, Boulevard St-Marcel, Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AMÉNORRHÉE SYPHILITIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

FLORENCE-HUGUETTE CHUIT

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Née le 18 Juin 1903 à Paris, 6^e

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'AMÉNORRHÉE SYPHILITIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur



IMPRIMERIE A. CASTET

38 bis, Boulevard St-Mareel, Paris

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la Chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE *Neurologie et Psychiâtrie*
 BÉNARD (Henri). *Pathologie médicale.*
 BERNARD Etienne *Pathologie médicale.*
 BOULIN. . . *Pathologie médicale.*
 BROCCQ. . . *Pathologie chirurgicale.*
 BULLIARD. . . *Histologie.*
 CATHALA. . . *Pathologie médicale.*
 CHABROL. . . *Pathologie médicale.*
 CHEVALLIER. *Pathologie médicale.*
 DOGNON. . . *Physique.*
 DONZELOT. . *Pathologie médicale.*
 FEY. . . . *Urologie.*
 GALLIARD. . . *Parasitologie.*
 GASTINEL. . . *Bactériologie.*
 GATELLIER. . *Pathologie chirurgicale.*
 DE GAUDART D'ALLAINES. . *Pathologie chirurgicale.*
 GAYET. . . . *Physiologie.*
 GIROUD. . . . *Histologie.*
 HAGUENAU. . *Pathologie médicale.*
 HALPHEN. . . *Oto-rhino-laryngologie.*
 HAZARD. . . . *Pharmacologie.*
 HUGUENIN. . . *Anatomie pathologique.*
 JOANNON. . . *Hygiène.*
 LABBÉ (Henri). *Chimie biologique.*
 LACOMME. . . *Obstétrique.*

MM.

LANTUÉJOUL *Obstétrique.*
 LAROCHE (Guy). *Pathologie médicale.*
 LEMAIRE. . . *Pathologie expérimentale.*
 LEVEUF. . . . *Pathologie chirurgicale.*
 M^{lle} J. LÉVY. *Pharmacologie.*
 LEVY-VALENSI *Neurologie et Psychiâtrie.*
 MOREAU. . . . *Pathologie médicale.*
 MOULONGUET *Pathologie chirurgicale.*
 MOUQUIN. . . *Pathologie médicale.*
 OBERLING. . . *Anatomie pathologique.*
 PETIT-DUTAILLIS. *Pathologie chirurgicale.*
 PIÉDELIÈVRE. *Médecine légale.*
 PORTES. . . . *Obstétrique.*
 QUÉNU. . . . *Pathologie chirurgicale.*
 RICHEL. . . . *Physiologie.*
 SANNIÉ. . . . *Chimie biologique.*
 SÈNÈQUE. . . . *Pathologie chirurgicale.*
 SÉZARY. . . . *Dermatologie et syphiligraphie.*
 TROISIER. . . *Pathologie expérimentale.*
 TURPIN. . . . *Pathologie médicale.*
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) *Pathologie médicale.*
 VELTER. . . . *Ophthalmologie.*
 VIGNES. . . . *Obstétrique.*
 WILMOTH. . . *Pathologie chirurgicale.*

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. . . *Pathologie chirurgicale.*
 BUSQUET. . . *Pharmacologie.*
 CHAILLEY-BERT. . *Physiologie.*

MM.

LEROUX. . . . *Anatomie pathologique.*
 NEVEU-LEMAIRE. . *Parasitologie.*
 ZIMMERN. . . *Physique.*

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} <i>clinique médicale</i>	ECALLE.	} <i>clinique obstétricale</i>
AUBERTIN		GUENIOT	
BRULE		LE LORIER.	
CHIRAY.		LÉVY-SOLAL	
DUVOIR		METZGER	
HARVIER			
LIAN.			
MM. BASSET	} <i>clinique chirurgicale</i>		
CADENAT			
HEITZ-BOYER			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . . .	<i>Education physique.</i>
FREY	<i>Stomatologie.</i>
LEDoux-LEBARD.	<i>Radiologie clinique.</i>
WEIL-HALLÉ	<i>Puériculture.</i>



A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR PAUL LECÈNE

Mon très regretté Maître, dont je n'ai
pas oublié la haute intelligence et la pro-
fonde bonté.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Qui a bien voulu me faire l'honneur de
présider cette thèse, en témoignage de res-
pectueuse gratitude.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
en témoignage de ma reconnaissance et de
mon respectueux attachement, pour son
précieux enseignement et son indulgente
bienveillance.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY

Avec ma vive reconnaissance pour ses
excellents conseils et ses soins si éclairés
et bienveillants.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR J. RENAULT

En le remerciant de ses conseils tou-
jours si avisés et si sages.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRÉ.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. le P^r WIDAL (*in mémoriam*)

M. le P^r DELBET

M. le D^r RIBIERRE (*in mémoriam*)

M. le D^r HALLÉ

Externat :

M. le P^r LECÈNE

M. le D^r BRÉCHOT

M. le D^r COURCOUX

M. le D^r MILIAN

M. le D^r J. RENAULT

M. le P^r JEANNIN

M. le D^r FAROY

M. le D^r GOUGEROT

M. le D^r MILIAN.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
PÉRIN, DRAMEZ, BONNET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMÉNORRHÉE SYPHILITIQUE

DÉFINITION

On peut définir l'aménorrhée syphilitique, toute disparition pathologique, temporaire ou définitive, ou toute non-apparition, de la menstruation, et que n'expliquent aucune affection générale ou locale, sauf la syphilis, acquise ou héréditaire.

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

L'aménorrhée syphilitique a été rarement étudiée, souvent méconnue, souvent niée. On en trouve cependant quelques études et quelques observations dans la littérature médicale.

FOURNIER a magistralement décrit une aménorrhée qui coïncide avec les accidents secondaires, et qui guérit par le traitement antisypilitique.

Delpy, dans une thèse inspirée par le Professeur Gaucher, reconnaît l'hérédosyphilis comme cause de troubles glandulaires.

Le Professeur HUTINEL a beaucoup étudié le rôle de la syphilis dans les lésions glandulaires, sans omettre son action dans les troubles ovariens et utérins, action qu'il a nettement établie, assisté de Stévenin et Maillet.

Le Professeur GUGEROT cite des ménorragies et métrorragies d'origine syphilitique, des lésions syphilitiques diverses des trompes et des ovaires, du corps thyroïde, de l'hypo-

physe ; il a fait une étude approfondie des syndromes pluriglandulaires.

Hutinel, Petit, Ozenne, Séjournet, ont décrit des hémorragies utérines d'origine syphilitique.

Barthélemy a sérieusement étudié l'hérédo-syphilis des glandes endocrines.

Mais c'est M. Milian, assisté de M. Périn, qui s'est particulièrement attaché à mettre en évidence l'entité particulière de l'aménorrhée syphilitique, qu'elle soit la conséquence d'une syphilis acquise ou héréditaire.

« Il est incontestable que la syphilis, à toutes ses périodes, puisse léser les ovaires ; nous avons montré depuis longtemps que les lésions syphilitiques de l'ovaire, capables d'amener l'aménorrhée, ne sont pas rares. On les observe à toutes les périodes de la maladie » (M. Milian).

« L'aménorrhée survenant comme symptôme isolé au cours de la syphilis, est sans aucun doute causée par l'action du trépomène ; la nature des lésions qui la déterminent est imprécise, les éléments d'ordre anatomique faisant défaut, et l'examen clinique étant fréquemment muet — l'épreuve du traitement est elle-même fréquemment négative, sans que l'inefficacité de la thérapeutique antisypilitique doive être considérée comme un argument contre la nature syphilitique des lésions.

« Tout porte en réalité à croire que la syphilis est réellement la cause de l'aménorrhée, et que l'aménorrhée résulte en pareil cas de l'atteinte directe de l'ovaire par le trépomène.

« L'aménorrhée syphilitique peut se présenter comme un phénomène isolé, indépendant de toute manifestation d'ordre général et endocrinien, peut réaliser pendant un temps indéfini le seul symptôme apparent de syphilis, et il ne faut pas, en présence d'une aménorrhée que rien n'explique, méconnaître le rôle possible de la syphilis, dont l'aménor-

rhée peut constituer dans certains cas un véritable symptôme révélateur » (M. Périn).

M. Vignes, dans ses nombreuses études physiologiques et gynécologiques, partage entièrement ces opinions :

« La syphilis acquise, et surtout la syphilis congénitale, se fixent souvent sur l'organe, et lèsent de façon marquée l'ovule et l'ovaire. »

« Les syphilis secondaires graves s'accompagnent fréquemment d'aménorrhée. »

« La syphilis congénitale est un facteur important, le plus important peut-être, de l'infantilisme et de la stérilité. »

« Dans la syphilis congénitale de la femme, certes, les lésions ovariennes restent rares :

« J'ai cherché souvent, dit Hutinel, les lésions syphilitiques de l'ovaire, sans en rencontrer de bien nettes. » Mais il rappelle les constatations des bactériologistes qui ont trouvé le trépomène dans l'ovaire et presque dans l'ovule, et il considère que ce fait a une grande importance. Puis il insiste sur les conséquences tardives de l'invasion ovarienne par le trépomène

« Les aplasies ovariennes ne sont pas rares, mais les dysplasies sont plus communes. C'est l'étude de la menstruation qui permet de les reconnaître ou de les soupçonner. »

« La clinique et l'anatomie pathologique s'accordent pour nous permettre d'attribuer à la syphilis congénitale bien des cas d'infantilisme utéro-ovarien associé à d'autres lésions dues à cette même cause, et, dans ces conditions, il n'est pas absurde de postuler que certaines aplasies génitales monosymptomatiques relèvent du même mécanisme. »

Il cite de J.-E. Marcel :

« La syphilis utéro-ovarienne, qui est peu connue, et qui le serait mieux si chaque hystérectomie était suivie d'un examen histologique... »

L'anatomie pathologique va nous montrer en effet des lésions très intéressantes des ovaires, et d'autres glandes endocrines, lésions variées, mais qui conservent les types généraux des altérations dues au trépomène, et nous prouvera sans conteste la nature syphilitique de ces lésions, par la présence de très nombreux trépomènes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

d'après BARTHÉLEMY

OVAIRE

C'est sur l'ovaire que les documents anatomo-pathologiques manquent le plus. Il n'est cependant pas épargné par la syphilis héréditaire, car Hutchinson avait déjà noté une aplasie considérable de tous les organes génitaux internes d'une femme dont l'utérus et ses annexes étaient « extrêmement petits ».

Le P^r Fournier rapporte, d'après Lancereaux, un cas où les vésicules de de Graaf manquaient complètement. Lancereaux lui-même a observé des tumeurs gommeuses infiltrant les deux ovaires d'une fillette de 12 ans, hérédo-syphilitique, mais sans examen microscopique.

Paul Laffont, sans fournir de références, donne une description des lésions, déduite, dit-il, des examens faits sur un certain nombre d'hérédo-syphilitiques.

D'après cette description, « on observe d'abord un processus irritatif qui se traduit par une poussée congestive. Puis survient la prolifération de petites cellules rondes ou fusiformes, néoformées, riches en noyaux, ce qui entraîne rapidement l'hypertrophie du tissu conjonctif.

« Les troubles vasculaires ne font pas défaut, sous forme de dilatations des veinules et des artérioles ; le long de celles-ci on voit des amas de petites cellules rondes embryonnaires.

« A la période inflammatoire de l'ovarite syphilitique, le tissu interstitiel acquiert par places une épaisseur 5 à 6 fois plus grande que normalement, ce qui donne à l'hypertrophie ovarienne un aspect rouge et charnu. Autour, les éléments nobles sont envahis par l'irritation spécifique et passent successivement par les phases d'inflammation, puis d'atrophie. L'atrophie, d'abord partielle, insulaire, s'étend, envahit l'organe en de nombreux points, mais devient bien rarement globale.

« C'est l'aboutissement habituel du processus sur l'ovaire, sans que l'on puisse dire pourquoi l'évolution vers la gomme est plus rarement constatée que l'évolution vers la sclérose. »

Il peut d'ailleurs y avoir association de ces deux processus, auquel cas le néoplasme scléro-gommeux paraît affecter spécialement la couche corticale, alors que la dégénérescence scléro-kystique, les épaississements fibreux, cloisonnements, etc..., se produiraient plutôt aux dépens de la médullaire.

Lafond (Journal de Méd. de Bordeaux 1910) a observé un cas fort remarquable de dégénérescence scléro-kystique chez un fœtus à terme mort pendant le travail, et très suspect de syphilis, car il présentait un très gros placenta, un gros foie et une grosse rate.

A côté d'un utérus d'apparence normale, les deux ovaires transformés en masses polykystiques atteignaient chacun le volume d'une forte amande, au lieu de la mince banderlette représentant en général l'ovaire d'un fœtus nouveau-né.

Histologiquement, Sabrazès trouva des kystes extrêmement nombreux, presque confluent, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. C'étaient des kystes folliculaires, avec épithélium de revêtement stratifié sur 3 ou 4 couches, et amas mucoïdes inclus, limités par une sorte de paroi plus ou moins décollée. Parfois on trouvait un ovule

emprisonné dans les cellules de revêtement, et il existait d'ailleurs quelques follicules normaux.

En outre, les ovaires étaient très fortement congestionnés, avec de véritables lacs sanguins. Pas d'endovascularite. Le tissu conjonctif, très accru, était clivé par des tubes de Pflüger en voie de formation. Mais beaucoup de ces tubes étaient devenus kystiques avant d'avoir formé des follicules.

Le trépomène ne fut pas recherché, le cas étant antérieur à 1905. *Le tréponème* a été cherché, au contraire, et *trouvé de très bonne heure dans l'ovaire*, dès la découverte de Schaudinn (Hoffmann, Wolters, Doutrelepont, Levaditi et Sauvage) et jusque chez le fœtus.

Comme ailleurs, il abondait principalement dans le tissu conjonctif ou dans le parenchyme interstitiel, mais plusieurs auteurs ont constaté sa présence indéniable dans le protoplasme même de l'ovule, au voisinage du noyau.

HYPOPHYSE

On y a rencontré plusieurs fois des gommescricopiques. Dès 1910, *Paris et Sabaréanu ont constaté la présence du trépomène dans la glande* 3 fois sur 7 cas. Rares dans les cavités vasculaires, les parasites abondaient dans la paroi et au voisinage des vaisseaux, ainsi que dans les cloisons conjonctives et les travées glandulaires, mais seulement dans le lobe nerveux.

L'hypophyse peut être lésée suivant deux processus différents, soit directement par le trépomène ou ses toxines, soit indirectement par une infiltration leucocytaire pouvant être suivie de lésions plus importantes, et secondaire elle-

même à une leptoméningite basilaire (Cokayne et Langmead).

Le processus direct est de beaucoup le plus important.

Comme l'ont montré Sabrozès et Dupérié, *l'hypophyse peut être littéralement farcie de trépomènes*, au même titre que foie, rate ou surrénale. Dans le lobe glandulaire, énorme quantité de spirochètes, énormes lésions, disent ces auteurs pour un de leurs cas — le parasite est partout, dans le tissu interstitiel, dans les tubes glandulaires, dans les cellules même.

Il produit d'abord des foyers de nécrose intense, avec cytolyse de tous les éléments, qui ne prennent plus les colorants, foyers où se montrent tout au plus des déchets nucléaires pycnotiques tranchant sur la masse, anhiste et floue, envirognante.

Ce processus peut conduire à la gommè miliaire, où l'on ne retrouve que de rares cellules, privées ou non de noyau, et plongeant dans un exsudat mêlé de débris grumeleux : gouttes colloïdes, boules de pycnose, tronçons du tissu fibreux devenu basophile.

Ailleurs, les cellules existent encore, mais sans contours nets, avec un cytoplasme réduit, un noyau minuscule, informe, sans organisation chromatinienne. On rencontre aussi des nids de cellules conjonctives proliférantes, et des polynucléaires en voie de désagrégation.

Dans les zones moins altérées, les tubes cellulaires persistent, mais irréguliers, polymorphes, étranglés par l'hyperthrophie conjonctive. Il y a une inégale répartition des cellules hyperchromatiques et des cellules claires, quelques cellules granuleuses, quelques éosinophiles, un nombre de basophiles augmenté, mais minime par rapport aux chromophobes. Les corps cellulaires se fusionnent en plasmodés qui peuvent être nécrosés.

La sclérose est marquée, sous forme de travées fibreuses

limitant la nécrose, encerclant les tubes glandulaires. Elle est surtout corticale. Il existe une endovascularite modérée, parfois de simples troubles avec appel de polynucléaires. La richesse vasculaire est très inégale, tantôt lacs sanguins, tantôt capillaires rares, avec des vaisseaux ceinturés de sclérose, *et partout des trépomènes qui vont jusqu'à former alentour de véritables cultures.*

On peut noter de l'œdème, parfois des hémorragies interstitielles. La glande peut, dans des cas plus bénins, être encore en pleine activité. On trouve alors une égale proportion de cellules acido et basophiles et peu de chromophobes.

Les éléments sont très inégaux, parfois bi et trinuéclés.

Quelques vaisseaux sont oblitérés par endovascularite. Mais, même alors, le tréponème est très abondant dans la capsule et à la périphérie de la glande, et pullule dans les travées conjonctives secondaires, dans le tissu interacineux, dans les cellules.

En outre, Sabrazès et Dupérié l'ont rencontré dans le lobe nerveux. Mais celui-ci peut être lésé en son absence même : périvascularite, cellules glandulaires aberrantes, pseudo-acinis tout à fait irréguliers, englobant ou laissant en dehors d'eux des formations kystiques assez riches en matières colloïdes.

En résumé, lésions du type scléreux et scléro-gommeux, et atteinte profonde du tissu fonctionnel, soit secondairement à l'étranglement par la sclérose, soit directement par nécrose cellulaire.



En conclusions de cette étude anatomo-pathologique, on peut dire :

1°) « L'hérédosyphilis atteint précocement les glandes à sécrétion interne, comme le montrent les examens histolo-

giques pratiqués chez le nourrisson, le nouveau-né et le fœtus.

2°) « Cette atteinte, chez les sujets qui ne succombent pas, peut se traduire par les syndromes classiques, et même par tous les syndromes glandulaires moins tranchés » (Barthélemy).

3°) « Il n'est pas douteux que la syphilis acquise détermine des lésions de même ordre, et si les manifestations cliniques sont ici moins apparentes, cela tient au fait que la syphilis acquise survient en général tardivement, à une époque où le développement du sujet est terminé ou tout au moins bien près de l'être » (Périn).

« Quelle qu'en soit la nature, les lésions glandulaires de l'ovaire peuvent être strictement électives, et atteindre soit la glande exocrine à l'exclusion de la glande endocrine, soit la glande endocrine à l'exclusion de la glande exocrine ». A ces lésions « il peut se surajouter, dans certains cas, des lésions à distance, portant en particulier sur les glandes endocrines : thyroïde, hypophyse, surrénales » (Périn).

On ne peut malheureusement, dans l'état actuel de la science, préciser que très imparfaitement ces notions, malgré les dernières recherches et exposés physiologiques sur les rapports de la menstruation avec l'activité de l'ovaire et des glandes endocrines, recherches que nous allons rappeler ici.

PHYSIOLOGIE

Pour cet exposé, nous nous rapportons principalement aux travaux très complets et documentés de M. Vignes.

OVAIRE

La plupart des auteurs admettent que le rythme de la muqueuse utérine a un rapport avec le rythme ovarien ; d'une façon générale, on peut dire que l'ovulation se produit « vers » le milieu de la période intercalaire, et que le corps jaune est à son développement maximum « vers » le début des règles.

Les études récentes tendent à faire considérer le follicule comme étant la cause de tous les phénomènes prémenstruels ; on peut supposer que la menstruation est due à la cessation de ce stimulus et à l'involution consécutive de la muqueuse non utilisée pour une gestation ; mais on peut supposer aussi que le corps jaune joue un rôle, à son heure, pour déclancher la menstruation.

Cette action de l'ovaire sur l'utérus s'interprète habituellement en supposant l'action d'une hormone ovarienne — le mécanisme de la menstruation est, uniquement, ou du moins, principalement, d'ordre humoral — la suppression du cycle utérin et de la menstruation par la castration, et son rétablissement par les greffes ovariennes (il suffit d'un fragment d'ovaire peu important pour assurer la menstruation) apportent une confirmation à cette hypothèse, de même que la récurrence des troubles après la dégénérescence de la greffe.

Ce qui cause la menstruation, ce n'est pas une sécrétion « menstruogène », c'est la non-utilisation de la préparation prémenstruelle ; or, il semble bien établi que cette préparation soit produite par les sécrétions du follicule à ses divers stades.

Donc, il ne faut pas attribuer toutes les propriétés de l'ovaire à un seul élément ovarien, mais bien à tous les

tissus satellites de l'ovule. Ou encore, on peut, comme R.-T. Frank l'a formulé récemment, dire qu'un seul facteur entre en jeu, c'est à savoir le développement, la croissance et l'évolution du follicule ovarien, qui apparaît sous le nom de follicule primordial, est appelé follicule de de Graaf pendant sa maturation, et après que l'ovulation ou l'éclatement ont eu lieu, complète le cycle de son existence en tant que corps jaune.

Mais, dans le corps jaune, les suggestions de Prenant, les expériences de Loëb donnent à supposer l'existence d'une autre hormone agissant en sens inverse de la première (qui est hyperémiante, hormone édifiatrice et congestionnante), et inhibant l'ovulation.

Il ne faut pas confondre l'hormone lutéinique avec l'hormone sexuelle féminine, bien que toutes deux existent dans le corps jaune. L'hormone sexuelle serait sécrétée par les cellules thécales indifférenciées et les cellules de la granulosa, tandis que l'hormone lutéinique serait contenue dans les cellules lutéiniques différenciées, d'autant plus nombreuses que le développement du corps jaune est plus avancé.

Au point de vue action, il y a antagonisme entre les deux hormones ; l'extrait lutéinique retarde l'ovulation et l'œstrus, tandis que l'hormone folliculaire accélère ce processus.

Signalons une constatation très importante faite en 1914 par Seitz, Wintz et Fingerhut. Ces auteurs arrivèrent à isoler une lécithalbumine qui favorisait l'hémorragie utérine et qui était abondante au début du corps jaune, et une lipoïde hémostatique dont la présence se révélait à une période ultérieure du corps jaune.

Rapprochons de ces notions, ces suggestions très intéressantes de Gley :

« L'ovaire est peut-être l'organe auquel s'applique le mieux cette hypothèse de la production par une même glande endocrine de substances diverses, cette hypothèse de

la formation, non point d'un corps unique doué d'actions multiples, mais d'un complexe chimique dont chacun des composants aurait une action propre.

« S'il en était ainsi, si telle sécrétion interne était constituée, non pas par un seul, mais par plusieurs produits, on comprendrait que ceux-ci ne fussent pas toujours sécrétés dans le même temps en quantité physiologiquement active ; que l'une de celles-ci vienne à faire défaut passagèrement ou définitivement, il surviendra à coup sûr une dissociation plus ou moins durable des caractères morphologiques ou des phénomènes physiologiques conditionnés par la sécrétion considérée. »



Divers faits cliniques, divers faits expérimentaux donnent à penser qu'il existe entre l'incrétion ovarienne et les autres incrétiens un rapport fonctionnel : tantôt il semble exister une association, ou éventuellement, une suppléance, et tantôt un antagonisme.

A l'appui de la première hypothèse, citons une observation très curieuse de M. Milian :

« La femme d'un médecin, âgée d'une quarantaine d'années, a été, dans sa prime jeunesse opérée et privée (chirurgicalement) de son utérus et de ses ovaires. Or jamais elle n'a présenté le moindre trouble consécutif à cette castration. C'est seulement maintenant, alors qu'elle atteint l'âge de la ménopause, qu'elle ressent des bouffées de chaleur et qu'elle commence à prendre un embonpoint qu'elle regrette. On ne peut pas parler ici des dissociations de la fonction ovarienne puisque, depuis longtemps, les deux ovaires sont supprimés. Les phénomènes paraissent encore beaucoup plus complexes. Il y a certainement une synergie glandulaire qui, pendant un certain temps, a compensé l'absence de sécrétion

ovarienne, et que, parallèlement, la ménopause ne traduit pas probablement certainement la disparition de la fonction ovarienne, mais aussi celle de la glande synergique. »

L'interprétation de ces faits demande la plus extrême prudence et appelle deux réserves préliminaires :

1°) D'une part, les modifications d'une glande endocrine, consécutives à l'excitation, l'inhibition ou la suppression d'une autre glande endocrine, sont souvent causées, non pas directement par cette excitation ou cet amoindrissement, mais par l'intermédiaire d'un trouble général ;

2°) D'autre part, si les faits pathologiques dénommés syndromes pluriglandulaires ressortissent quelquefois à une lésion primitive d'une glande et à un trouble fonctionnel consécutif d'une autre glande, il est d'autres cas où les deux glandes ont été lésées par un même processus pathogène, agissant soit simultanément, soit à des échéances diverses. Par exemple, une syphilis congénitale peut se localiser à une glande endocrine pendant la vie intra-utérine, et à une autre pendant l'enfance ou à la puberté.

En tenant compte de ces réserves, quelle peut être l'action d'autres glandes endocrines sur l'ovaire ?

THYROÏDE

L'incrétion thyroïdienne intervient vraisemblablement dans les phénomènes génitaux — processus ovariens et utérins du cycle menstruel — métamorphose subie par l'organisme lors de la puberté, et adaptation de l'organisme lors de la ménopause. Son excès ou son insuffisance modifient la menstruation, la nidation et la gestation. Il y a là deux causes fréquentes de stérilité et d'avortement.

La thyroïdectomie complète n'empêche pas la préparation de la muqueuse à la nidation, mais cette préparation est imparfaite, ainsi qu'en témoigne la tendance à la stérilité, à l'avortement et à la paucinatalité. D'après Biedl, la thyroïdectomie donne des altérations dégénératives des ovaires.

Le myxoédème dans ses formes graves s'accompagne parfois d'infantilisme et d'aménorrhée — mais on peut se demander si l'insuffisance thyroïdienne a inhibé l'ovaire à la puberté, ou si une même cause a lésé à la fois thyroïde et ovaire.

L'excès de sécrétion thyroïdienne influe aussi sur l'ovulation et la menstruation ; l'aménorrhée du goître exophtalmique est bien connue depuis Trousseau.

L'ingestion d'extrait thyroïdien a souvent pour effet de retarder ou de diminuer l'écoulement cataménial ; elle peut, même, le supprimer chez certaines femmes nerveuses et hyperthyroïdiennes. Inversement, dans de nombreux cas de myxoédème fruste, elle fait réapparaître la menstruation ou l'augmente.

Cette action du corps thyroïde n'est probablement pas spécifique : l'excitation du métabolisme basal intervient quant au métabolisme si actif de la muqueuse utérine pendant la période prémenstruelle et quant au métabolisme si actif de la caduque pendant la gestation ; l'action morphogène se manifeste lors des métamorphoses de l'organisme tout entier à la puberté, lors de chaque cycle menstruel, et lors des métamorphoses qui, localement et généralement, constituent l'état gravidique.

Il est vraisemblable, en particulier, que la sécrétion thyroïdienne participe à chaque cycle génital. Peut-être est-elle indispensable ; tout au moins, elle est infiniment utile : lors de chaque période prémenstruelle et menstruelle, il se produit, dans le follicule et dans l'endomètre, pour l'ovulation, et en vue de la nidation, une augmentation du métabolisme

qui nécessite le concours de la sécrétion thyroïdienne. On observe parfois une poussée de gonflement thyroïdien, lors de la menstruation ou peu avant. On est d'ailleurs mal fixé sur la fréquence réelle de ce phénomène. Son déterminisme est mal connu ; cependant, on l'a rapproché de la vaso-dilatation thyroïdienne consécutive à l'injection d'extraits ovariens.

HYPOPHYSE

Au même titre qu'elle favorise la croissance de n'importe quel organe, elle favorise la croissance des organes génitaux, et elle le fait, en particulier, toutes les fois qu'il y a une poussée de croissance, ce qui est le cas, chaque mois, pour la maturation du follicule.

On a supposé qu'en plus de cette action banale, l'hypophyse exerçait une action spécifique sur les organes génitaux.

Dans l'insuffisance hypophysaire peu marquée, il existe de l'oligoménorrhée, qui ressemble à l'oligoménorrhée de certaines myxoédémateuses, qui n'est pas guérie par le traitement thyroïdien et qu'un traitement prolongé peut guérir : l'opothérapie hypophysaire et l'excitation diathermique de la région hypophysaire ramènent la menstruation.

Par l'extirpation de l'hypophyse, Crowe, Cushing et Homans ont fait naître de l'atrophie des glandes génitales et de l'inactivité sexuelle.

Zondek et Aschheim, par leurs expériences connues, ont abouti aux conclusions suivantes :

— le lobe antérieur d'hypophyse déclanche le cycle ovarien, provoque la puberté précoce chez la femelle jeune,

même s'il s'agit d'une glande prélevée sur un mâle ou sur une femelle après la ménopause ;

— le lobe antérieur d'hypophyse n'agit pas sur l'animal castré : l'ovaire est donc l'élément intermédiaire indispensable ;

— l'extrait hypophysaire détermine des modifications ovariennes importantes, hyperémie, production de liquide folliculaire, maturation des follicules, rupture ou plus souvent atésie ou lutéinisation partielle des follicules, alors que les extraits ovariens, pour Zondek, n'agissaient pas sur l'ovaire.

C'est de cette constatation que Zondek conclut à une action spécifique de l'incrétion hypophysaire sur la production de l'incrétion ovarienne, et sur le déterminisme physiologique de la puberté.

Les expériences de Zondek et l'effet emménagogue exercé par l'excitation diathermique de l'hypophyse inclinent à faire penser que l'hypophyse exerce une action excitatrice sur la menstruation.

H.-M. Evans et M.-E. Simpson considèrent que l'hormone de croissance et l'hormone génitale de la préhypophyse sont différentes.

Leurs effets sont antagonistes : quand la deuxième entre en jeu, à la puberté, la première est inhibée. L'hormone de croissance serait sécrétée par les cellules éosinophiles et l'hormone génitale par les cellules basophiles.

D'autres auteurs, Brouha et Simonnet, attribuent à l'hypophyse un rôle encore plus considérable :

« Nous pouvons nous demander s'il n'existe pas un rapport beaucoup plus étroit qu'on ne l'admet généralement entre les manifestations de l'activité ovarienne et la sécrétion interne de l'hypophyse. On connaît l'action pharmacodynamique des extraits de lobe postérieur sur l'utérus.

« D'autre part, les récentes recherches de Smith, Zondek

et Aschheim, ainsi que les nôtres, démontrent qu'il existe des rapports étroits entre l'activité du lobe antérieur de l'hypophyse et l'état du tractus génital.

« Dans ces conditions, on peut proposer l'hypothèse que l'hypophyse tiendrait sous sa dépendance, respectivement par la sécrétion de son lobe antérieur et par celle de son lobe postérieur, toute l'activité morphologique et fonctionnelle du tractus génital. »

On voit, par ce qui précède, que l'on n'a encore posé que des hypothèses, cependant probables et appuyées sur certains faits précis, sur les causes qui déclanchent la menstruation, et leur mécanisme.

A plus forte raison est-il impossible, même en confrontant l'anatomie pathologique et la physiologie, d'exposer une suggestion un peu précise du mode pathogénique par lequel l'action du tréponème aboutit à la suppression de la menstruation.

Nous transcrivons simplement ces hypothèses générales de M. Vignes :

« L'aménorrhée peut être due à une insuffisance du stimulus ovarien :

« 1°) Tantôt l'ovaire reste à l'état infantile pour des raisons congénitales, ou par une maladie locale ou générale ayant exercé son action avant la puberté, telle la syphilis congénitale ; ;

« 2°) Tantôt l'ovulation est inhibée par une maladie générale (la syphilis congénitale ou acquise dans le cas étudié) sans que nous en comprenions le mécanisme. »

OBSERVATIONS

Si l'aménorrhée syphilitique n'est pas un accident rarissime, elle a du moins été si peu recherchée, ou même remarquée, que nous croyons utile de rapporter ici les quelques observations, seulement, qu'on en peut trouver dans la littérature médicale.

OBSERVATION I

M. MILIAN a publié, en février 1928 (Revue Française de Dermatologie et Vénérologie) l'observation d'une jeune femme atteinte de syphilis secondaire, qui au cours de cette syphilis secondaire non traitée jusqu'alors, fit une aménorrhée d'une durée de 4 mois (sans aucun signe de grossesse), alors que jusqu'à cette époque, elle était réglée avec une régularité mathématique depuis l'âge de 12 ans.

Le traitement antisypilitique amena rapidement le retour des règles. Il s'agissait donc bien là d'une aménorrhée secondaire qui a guéri absolument par le traitement — il ne pouvait être question d'une coïncidence, puisque cette femme était admirablement réglée depuis l'âge de 12 ans.

Cette femme présentait d'ailleurs également un syndrome de surrénalite, car en même temps que son aménorrhée, elle avait une asthénie considérable, avec hypotension, amaigrissement considérable, de la diarrhée, et une pigmentation générale analogue à celle de la maladie d'Addison. L'asthénie, la diarrhée disparurent rapidement, l'hypotension moins vite, la pigmentation plus lentement, au bout de 4 à 5 mois de traitement.

En résumé, au cours de cette syphilis secondaire non traitée qui existait depuis plusieurs mois, se sont décelés divers symptômes paraissant intéresser les glandes endocrines, ovaire et surrénale.

OBSERVATION II

MM. MILIAN et PÉRIN, le 7 Juin 1929, à la Société Médicale des Hôpitaux, à propos d'une communication de M. Jean Troisier sur une adiposité héréditaire :

« Nous montrons aujourd'hui à la Société une jeune personne de 24 ans qui est venue consulter dans notre service, il y a 6 semaines, pour des lésions unguéales survenues 6 mois auparavant. Il s'agit de périonyxis des deux médius et d'un index... (description).

Cette lésion est tellement caractéristique de la syphilis que nous avons porté immédiatement le diagnostic de périonyxis syphilitique.

Nous n'avons trouvé chez elle aucun signe de syphilis acquise.

Par contre, il est possible de trouver chez elle un certain nombre de symptômes et phénomènes anamnestiques qui nous permettent d'invoquer la syphilis héréditaire.

Elle présente un léger strabisme interne de l'œil gauche.

Malgré son jeune âge, presque toutes les molaires du haut sont tombées.

Il existe un vaste nævus pigmentaire au plan de la fesse gauche et de la partie supérieure de la cuisse.

Sa mère est morte en couches d'une crise d'éclampsie, à l'expulsion d'un prématuré de 7 mois, accident sûrement de nature syphilitique.

D'ailleurs, la preuve de la nature syphilitique de cette lésion unguéale est aujourd'hui faite par les résultats du traitement. Cette jeune femme a reçu à ce jour 7 piqûres d'huile grise à 10 cg. et déjà, depuis une semaine, le bourrelet matriciel a considérablement diminué d'épaisseur, la suppuration est tarie et la douleur complètement disparue.

Mais le fait intéressant, chez notre malade, ce sont les variations menstruelles qu'elle a présentées au cours de son existence :

Elle a été réglée à l'âge de 10 ans, et cela très régulièrement, jusqu'à l'âge de 21 ans, époque à laquelle les règles ont disparu complètement jusqu'à ce jour, c'est-à-dire pendant plus de 3 ans. Or, après la 5^e piqûre d'huile grise, les règles sont reparues pendant leur temps normal de 5 ou 6 jours, parallèlement à l'amélioration des lésions des ongles. Ce résultat thérapeutique montre l'origine de cette aménorrhée. La syphilis héréditaire, ignorée chez cette jeune femme et non soignée jusqu'alors, s'est réveillée chez elle pour faire des accidents actifs, à l'ovaire tout d'abord, puis plus tard aux ongles. »

★★

OBSERVATION III

La syphilis héréditaire est capable de provoquer des retards considérables dans l'apparition des règles.

« C'est ainsi que nous avons vu une jeune fille de 18 ans, envoyée par le Docteur Jayle, parce qu'elle n'était pas encore réglée et qu'il soupçonnait chez elle l'hérédité syphilitique. Elle présentait, en effet, de nombreux stigmates : Elle avait été réglée une première fois à 16 ans et, depuis, les règles s'étaient arrêtées d'une manière définitive, malgré un traitement opothératique, surrénalo-ovarien, institué par un endocrinologue des plus compétents, et des douches avec sports divers. Malgré 3 réactions négatives de Wassermann, le traitement antisiphilitique fut institué par des piqûres de Quinby (iodo-quinio-bismuth) d'ailleurs à doses faibles.

Après 3 mois de traitement, les règles apparaissent. Le traitement ayant été supprimé, les règles diminuent, puis cessent. Après reprise du bismuth, les règles reparurent, pour disparaître à nouveau pendant la période de repos, et encore de même à une troisième fois.

Le traitement fut dès lors institué d'une manière plus rigoureuse, à doses plus fortes, et avec le 914, et les règles

se maintinrent définitivement. La jeune fille se maria à l'âge de 21 ans, et accoucha d'un enfant bien portant. »

★★

OBSERVATION IV

A la même séance, à ce sujet, M. HALLÉ cite à son tour l'observation suivante :

« Une jeune fille dont le père est un spécifique avec lésion aortique, et dont la sœur est atteinte d'irido-choroïdite depuis l'enfance, devenue ultérieurement épileptique et que plusieurs années de traitement ont fini par guérir. Dans ce cas, après l'installation des époques à un âge normal, cette jeune fille cessa d'avoir ses règles. Pendant 5 ans, tout fut tenté pour les ramener. C'est alors qu'elle me fut confiée. Bien qu'elle n'eut aucun stigmate de spécificité héréditaire, je la mis au traitement, et en 3 mois les époques revenaient, ramenant santé, embonpoint, et entraînant, chez une malheureuse tombée dans un véritable état de cachexie aménorrhéique. »

★★

OBSERVATION V

M. PÉRIN. — Deux cas d'aménorrhée au cours de l'hérédosyphilis.

Mme C..., mariée en 1914, à l'âge de 25 ans, demeurée stérile.

Présente depuis toujours une aménorrhée totale, et n'a jamais eu la moindre ébauche de règles.

L'examen des organes génitaux, pratiqué à plusieurs reprises par différents médecins, est toujours resté négatif, et la cause de l'aménorrhée n'a jamais été précisée. Il est probable que toute notion étiologique aurait toujours fait défaut si, en 1923, Mme C... n'avait présenté une ostéo-

périostite du tibia, prise au début pour un abcès et incisée comme tel, mais qui, devant l'échec de l'intervention chirurgicale, incita le médecin traitant à faire pratiquer une réaction de Wassermann. Celle-ci s'étant montrée positive (+ +), un traitement anti-syphilitique fut institué sous forme de novarsénobenzol, et amena en une quinzaine de jours la guérison de la périostite. Depuis la malade a continué son traitement assez irrégulièrement sous forme de séries alternées d'huile grise, de novarsénobenzol et de muthanol. La réaction de Wassermann qui s'était maintenue positive en 1924 (+ +) et en 1925 (+) est actuellement négative (0).

Mme C... est bien constituée, plutôt de petite taille (1 m. 62), mais bien proportionnée. Les seins sont normalement développés. La voix, le système pileux sont normaux.

Jusqu'en 1923, elle n'avait jamais eu de maladie, sauf parfois de la céphalée à type vespéral, survenant à intervalles irréguliers depuis l'enfance.

Rien dans ses antécédents ne permet de penser à une syphilis acquise. Le mari est bien portant, et ne présente lui-même ni antécédents ni symptômes cliniques de syphilis acquise. L'examen général ne montre rien d'anormal, sauf des stigmates indiscutables de syphilis héréditaire.

Les dents sont irrégulièrement plantées ; on note des érosions des incisives, l'absence de la canine supérieure droite, l'écartement des incisives médianes supérieures.

Soudure du lobule des oreilles, cicatrices radiées des commissures, langue scrotale, absence d'appendice xyphoïde.

Le père est mort à 40 ans d'une affection cardiaque de nature indéterminée.

Depuis que le traitement spécifique a été institué, la céphalée a presque entièrement disparu. Par contre, l'aménorrhée n'a subi aucune modification. Les règles font toujours défaut.

OBSERVATION VI

Mlle S. B..., âgée de 27 ans, mécanicienne, se présente le 7 Janvier 1928 au Dispensaire de Gennevilliers (L.N.F.C. P.V.) pour une furonculose rebelle datant de plusieurs mois.

Une réaction de W., faite systématiquement, se révèle partiellement positive (+).

Ni antécédents, ni signes cliniques de syphilis acquise. Examen général normal.

Mais la malade est atteinte d'aménorrhée totale, dont elle se soucie peu, et qu'elle ne signale que par hasard au cours de l'interrogatoire. A aucun moment de sa vie elle n'a été réglée.

Cependant, elle s'est développée normalement. Taille : 1 m. 66.

Les seins sont bien développés. La voix, le système pileux sont normaux. Il n'existe pas d'adiposité.

L'examen révèle des stigmates discrets de syphilis héréditaire : dents mal plantées, soudure des lobules, axyphoïdie.

Le père est mort à 47 ans d'angine de poitrine.

La mère, âgée de 48 ans, est sujette à des céphalées tenaces, accompagnées de rhumatismes.

Un frère et une sœur, nés avant la malade, sont morts en bas-âge de méningite ; un frère plus jeune, âgé de 16 ans, est bien portant.

L'aménorrhée ne s'explique par aucune lésion des organes génitaux. La malade a été mise au traitement spécifique. Elle a reçu jusqu'à ce jour 9 injections d'huile grise à 7 cg. par semaine.

L'aménorrhée a persisté jusqu'à présent.

Ainsi chez ces 2 malades, l'aménorrhée est totale, permanente, elle ne s'explique par aucune lésion apparente des organes génitaux, et l'on n'en trouve comme seule explication plausible que la syphilis, d'origine probablement héré-

ditaire, dont l'existence méconnue pendant une longue période, n'a été décelée que par hasard.

Elle est isolée et ne s'accompagne d'aucune manifestation générale à distance, en particulier d'*aucune manifestation d'ordre endocrinien*. Tout se passe comme si le processus morbide atteignait exclusivement la sécrétion externe de l'ovaire et respectait sa fonction endocrinienne.

Déjà M. Clément-Simon avait signalé chez l'homme des faits du même ordre en rapportant l'observation de 2 sujets hérédo-syphilitiques atteints d'azoospermie, et ne présentant aucune modification des caractères sexuels secondaires.

Différence de sexe à part, nos 2 observations sont identiquement comparables à celles de M. Clément-Simon, et témoignent comme elles d'une véritable dissociation fonctionnelle qui traduit l'indépendance des fonctions exocrine et endocrine de la glande génitale, mâle ou femelle, par rapport à l'infection syphilitique.

★ ★

OBSERVATION VII

M. MILIAN, Janvier 1932 (Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie).

Mlle B... Renée, 16 ans, travaillant dans les cartonnages. Syphilis secondaire non traitée remontant à plusieurs mois (5 mois). Très nombreux accidents cutanés et muqueux — ganglions nombreux et volumineux.

Elle présente un syndrome addisonien, avec pigmentation très intense et presque généralisée, grande asthénie diminution de la force.

A côté de ce syndrome endocrinien surrénal, il faut signaler que cette femme, toujours bien réglée antérieurement, a vu ses règles disparaître depuis 2 mois. Depuis

les 2 mois précédents, elle avait vu ses règles diminuer d'une manière progressive, évolution qui montre bien qu'il s'agissait d'une disparition progressive, par lésion ovarienne, et non d'une grossesse. D'ailleurs, la malade ne présentait aucun signe de grossesse, l'utérus était de volume normal ; les seins ne présentaient aucune modification ni tension, ni circulation veineuse exagérée, ni tubercule de Montgomery, ni colostrum.

Des douleurs du cou ont débuté 15 jours avant son entrée à l'hôpital, amenant une gêne très accusée des mouvements de la tête, une sorte de torticolis permanent.

A la suite d'un examen approfondi, on est autorisé à conclure à une périostite des vertèbres cervicales, région apophysaire — avec maximum d'exacerbation nocturne des plus marqués de la douleur, qui en signe la nature syphilitique.

La réaction de W. est fortement positive.

La malade est immédiatement mise au traitement par les injections intra-veineuses de 914.

Assez rapidement, disparaissent la douleur et l'impotence fonctionnelle au niveau des apophyses épineuses cervicales, ainsi que l'asthénie et la pigmentation. Mais les règles n'ont pas encore refait leur apparition.

Notons dans cette observation les deux syndromes endocriniens :

1°) Pigmentation générale du corps, asthénie, diminution de la force, tension artérielle basse à 13 maxima — représentant la maladie d'Addison — la nature syphilitique de ce syndrome a été démontrée par la rapidité de guérison par le traitement antisypilitique ;

2°) L'aménorrhée, en rapport sans doute avec le développement de lésions syphilitiques secondaires sur l'ovaire. Ce syndrome a d'autant plus de valeur que cette jeune fille

était toujours régulièrement réglée, et qu'on ne trouvait chez elle aucun signe de grossesse.

Nous y joignons 3 observations recueillies dans le service de M. Milian.

★
★★

OBSERVATION VIII

Mlle T..., jeune fille de 19 ans, consulte pour cyanose avec gonflement des jambes. Elle présente en outre divers troubles d'ordre général : elle est très frileuse, toujours fatiguée, paresseuse, somnole après les repas.

Les poumons, le cœur, la foie, la rate sont normaux.

Les réflexes tendineux et pupillaires également.

Les amygdales sont un peu volumineuses, les incisives externes supérieures en retrait. Couperose des joues.

Antécédents personnels :

Née à terme. Commence à marcher à 1 an.

Elle a été réglée à 14 ans 1/2. Ses règles étaient abondantes, non douloureuses, duraient 7 à 8 jours.

Au bout de 3 mois, et pendant les 3-4 mois suivants, pas de règles ; l'absorption d'Agomensine Ciba reste sans action.

Puis les règles reviennent par intermittences pour 2 à 3 mois, pour disparaître à nouveau pour une durée de 3 à 4 mois.

Quand la malade a ses règles, elles sont maintenant peu abondantes — 3 jours — et ne surviennent que toutes les 5 semaines.

Lorsqu'elle consulte, les dernières règles remontent à 6 mois 1/2.

Poids : 65 kilogs.

La réaction de Wassermann est très fortement positive (+ + +).

Son père, âgé de 67 ans, a des ulcères de jambe.

Sa mère, âgée de 57 ans, a eu après son dernier accouchement une paralysie qui a duré 10 ans et l'a tenue 3 ans alitée.

Une sœur de 28 ans ; a perdu toutes ses dents à la mâchoire supérieure ; a une fille de 3 ans qui est née avant terme à 8 mois, et a marché à 18 mois.

La malade est mise au traitement antisyphilitique.

Les règles réapparaissent sous l'influence du traitement avec tendance à s'espacer pendant les périodes de repos.

On peut conclure de son examen et de l'anamnèse, qu'elle présente un syndrome d'insuffisance ovarienne nette, associé à un syndrome d'insuffisance thyroïdienne plus fruste, résultant l'un et l'autre de l'atteinte de ces glandes endocrines par une syphilis héréditaire.

★★

OBSERVATION IX

Mlle L..., âgée de 15 ans, vient consulter pour une ulcération de la jambe gauche. A l'examen, on constate une ulcération de la face externe du 1/3 inférieur de la jambe, à contour régulièrement polycyclique.

On constate, en outre, l'obésité de la jeune malade qui pèse 76 kilogs.

L'interrogatoire apprend que, réglée à 13 ans pour la première fois, elle n'a eu ses règles qu'à intervalles très irréguliers, de plus en plus espacés, très peu abondantes, et qu'elle ne les a plus depuis plusieurs mois.

La réaction de Wassermann est positive.

Mise au traitement, très régulièrement suivi pendant 2 ans, par bismuth, huile grise, Iodure, Novar, Muthanol, Bivatol, Arqueritol, la malade a constaté la cicatrisation complète de l'ulcération de la jambe, la réapparition des règles, et un amaigrissement notable.

La nature spécifique de l'aménorrhée est signée ici de façon incontestable par l'action durable du traitement anti-spécifique, employé sous des formes si diverses qu'on ne peut imputer la guérison à l'action particulière d'un médicament donné, qui aurait une action emménagogue spéciale.



OBSERVATION X

Mlle D..., 16 ans. Jeune fille qui vient consulter pour une trichophytie sous la clavicule gauche.

Mais elle présente par ailleurs des symptômes très intéressants.

Elle n'a jamais été réglée.

Elle est très petite : taille 1 m. 40.

Les dents sont irrégulières, les incisives médianes écartées, les latérales rejetées en dehors et petites ; les canines sont également petites et rejetées en dehors ; pas de prémolaire gauche. Tubercules de Carabelli.

Quelques leucomes transverses aux ongles.

Les extrémités sont froides et ont une couleur violacée.

La mère est morte à 48 ans d'une hémorragie cérébrale, après une hémiplegie ayant duré 7 ans, et survenue un an après la naissance de l'enfant.

Père mort d'une crise cardiaque.

Sœur de 30 ans — réglée à 15 ans 1/2 — présentant aussi des stigmates de dystrophie dentaire.

Wassermann : 0.

En présence de telles maladies, on ne doit pas s'arrêter à un seul examen sérologique négatif, mais en faire plusieurs par diverses méthodes, pratiquer une réactivation, et tenter l'épreuve du traitement antisypilitique — ici plusieurs symptômes cliniques s'identifient avec les stigmates de syphilis héréditaire — et les antécédents familiaux sont suspects.

Nous citerons enfin une observation tirée d'une communication de M. Belgodere dans laquelle on trouve, dans l'anamnèse, une aménorrhée syphilitique secondaire, et, plus tard, des accidents cutanés causés par le dysfonctionnement ovarien.

★★

OBSERVATION XI

Malade consulte pour :

1° Eczéma dyshydrosiforme sur la face dorsale des deux mains ;

2° Large surface érythémateuse, au-devant de la poitrine, centrée par une élévation ortiée, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cette lésion date de 6 semaines.

La malade a eu, 10 ans auparavant, des « boutons » pour lesquels elle a consulté à Saint-Louis. On lui a fait des « piqûres dans le bras » ; après la cessation de la série et le temps de repos, elle devait revenir, mais ne l'a pas fait, aucun accident n'étant réapparu.

Or, au moment de son éruption, alors qu'elle avait toujours été bien réglée précédemment, elle avait eu une période d'aménorrhée complète qui avait duré 3 mois ; puis les règles étaient reparues, mais beaucoup plus pauvres qu'auparavant, et ne se manifestaient depuis que par un minime écoulement sanguin qui durait à peine une demi-journée ; l'examen gynécologique ne montrait rien d'anormal.

La malade se plaignait vivement d'une constipation opiniâtre. Mise au traitement par le Muthanol, injections à 3 jours d'intervalle, après la 3^e injection les lésions des mains avaient disparu, ainsi que l'élément ortié au-devant du sternum ; il ne persistait qu'une zone rosée, beaucoup moins intense et beaucoup moins étendue.

La constipation s'étant aggravée par la suite, la malade a

consulté un entérologue, qui a découvert un début de rétrécissement syphilitique du rectum.

Chez cette malade, la syphilis était ancienne et latente, avec BW négatif, mais elle avait précédemment touché manifestement les ovaires.

On peut penser à bon droit qu'un réveil très léger de l'infection syphilitique, une altération humorale peut-être minime, avait à nouveau provoqué une déviation de la sécrétion interne de la glande sexuelle amenant le retentissement cutané par l'intermédiaire du système vago-sympathique. Et il avait suffi d'une quantité infinitésimale de bismuth pour amener un redressement, exercer un effet correctif, et secondairement, effacer la réaction cutanée.

TRAITEMENT

Nous ne pouvons mieux en résumer le principe que par cette phrase du Professeur Hutinel :

« Souvent la syphilis se trouve à l'origine des lésions glandulaires, particulièrement des syndromes pluriglandulaires. Elle doit donc être traitée : avant d'être opothérapique, la médication doit commencer par être antisiphilitique ; la notion des altérations glandulaires et de leur influence sur la nutrition n'enlève pas aux localisations du mal leur spécificité originelle. »

Le traitement doit être :

1° Régulier et suffisamment actif ;

2° Prolongé.

Mais on peut lui associer un traitement opothérapique, à base bien entendu d'extrait d'ovaire, mais avec adjonction utile d'extrait hypophysaire, thyroïdien ou surrénal.

CONCLUSIONS

Bien qu'elle soit parfois niée, on peut affirmer l'existence incontestable de l'aménorrhée syphilitique.

Lorsqu'on la recherche avec impartialité, on la trouve moins rarement qu'on ne le croit ordinairement.

La nature syphilitique de cette aménorrhée est prouvée par l'examen clinique, sérologique, l'anamnèse, et l'action du traitement antisyphilitique. Cependant, dans certains cas d'aménorrhée déjà ancienne, qu'elle soit due à la syphilis héréditaire ou à la syphilis acquise, le traitement peut rester sans action, sans infirmer l'assertion précédente.

Il est probable, en effet, que les lésions de l'ovaire, et peut-être, de l'hypophyse et de la thyroïde, sont trop évoluées pour pouvoir régresser, et sans doute déjà irrémédiablement fixées par la sclérose, aboutissant habituel de bien des lésions syphilitiques.

Par quel mécanisme les lésions, observées grâce à l'anatomie pathologique, et même sans doute, beaucoup plus légères, causent-elles l'aménorrhée ? Nous sommes bien incapables de le dire.

On ne pourra le préciser qu'au fur et à mesure des découvertes de la physiologie. C'est pourquoi nous nous sommes un peu étendue sur ce chapitre.

Ce sujet de recherches, restreint en lui-même, apparaît d'un très grand intérêt, si l'on songe que s'y rattachent directement le problème si essentiel et si obscur de la stérilité féminine, et ceux, plus limités, des métrorragies syphilitiques et de l'obésité syphilitique.

Comme pour bien des accidents d'origine syphilitique, le traitement, s'il est suffisamment précoce, intensif et prolongé, peut amener la guérison complète et définitive.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY

Vu : Le Président de Thèse,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHÉLEMY. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. (Thèse, Paris, 1919).
- BELGODERE (G.). — Bismuth dans dermatoses avec insuffisance ovarienne et troubles nerveux d'origine syphilitique. (Annales des Maladies vénériennes, Juillet 1929).
- BERTIN et SCHULMANN. — Stérilité syphilitique. (Presse Médicale, 30 Avril 1930).
- BROUHA et SIMONNET. — La sécrétion interne de l'ovaire et la contractilité utérine. (Gynécologie et obstétrique, Novembre 1927).
- CLAUDE et GOUGEROT. — Travaux sur les syndromes pluriglandulaires. (Société de Biologie, 28 Décembre 1907 ; Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1908 ; Revue de Médecine, 1908 ; Gazette des Hôpitaux, 1912).
- CRÉHANGE (Jean-Louis). — Syphilis héréditaire et glandes endocrines. (Thèse, Nancy, 1925).
- DUPÉRIÉ. — Localisation du spirochète pallidum dans l'ovaire et l'hypophyse d'un hérédo-syphilitique. (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Bordeaux, Avril 1919).
- FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. (1873-1881).
- GARNIER (Marcel). — Sur les notions d'insuffisance et de suractivité glandulaires en physiologie pathologique. (Presse Médicale, 20 Janvier 1926).
- GLEYS. — Les grands problèmes de l'endocrinologie (1926).
- GOBERT (Marguerite). — Recherches histologiques sur le cycle menstruel de la femme. (Thèse, Paris, 1927).
- GOUGEROT. — La Syphilis en clientèle.
- HUTINEL. — Synergies glandulaires.
- DE JONG. — Étude anatomo-clinique de l'ovaire chez la femme. (Thèse, Paris, 1914).
- JOUE. — Syphilis des trompes et des ovaires. (Thèse, Paris, 1904).
- KREIS (J.). — Une forme pathologique de la menstruation, relevant de l'hérédo-syphilis. (Bulletin de la Société française de Dermatologie et Vénérologie, Avril 1928).

- LAFFONT. — Syphilis annexielle. (Thèse, Paris, 1908).
- LAFOND. — Ovaire scléro-kystique hérédo-syphilitique. (Journal médical, Bordeaux, 1910).
- MILIAN. — Aménorrhée, asthénie, amaigrissement, diarrhée syphilitiques secondaires. (Revue française de Dermatologie et de Vénérologie, Février 1928).
- Arthrite syphilitique secondaire des vertèbres cervicales avec syndrome ovarien-surrénal. (Revue française de Dermatologie et de Vénérologie, Janvier 1932).
- MILIAN et PÉRIN. — L'aménorrhée syphilitique. (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 7 Juin 1929).
- MORIN (M.). — Contribution à l'étude de la conception au cours de l'aménorrhée. (Thèse, Paris, 1927).
- PARIS et SABARÉANU. — Tréponèmes dans l'hypophyse. (Société de Dermatologie, Juillet 1910).
- PÉRIN. — Deux cas d'aménorrhée au cours de l'hérédo-syphilis. (Revue française de Dermatologie et de Vénérologie, Avril 1928).
- Syphilis cause de stérilité. (Revue française de Dermatologie et de Vénérologie, Septembre 1927).
- RAYNAL. — Aménorrhée et stérilité. (Presse médicale, 15 Mai 1926).
- ROBERT (Jean L. A.). — Obésités sexuelles chez la femme. (Thèse, Bordeaux, 1925).
- SCHULMANN. — La syphilis des glandes endocrines. (Paris-Médical, 20 Mai 1920).
- VIGNES. — Les recherches et théories du Pr Lipschütz sur la sécrétion interne des glandes génitales (1925).
- L'appareil génital femelle. (Extrait du Traité de physiologie normale et pathologique).
- Physiologie gynécologique (1929).
- WALLICH. — La Menstruation.
-

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION. - HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	
Ovaire.....	15
HYPOPHYSE	17
PHYSIOLOGIE.....	20
Ovaire	21
THYROÏDE.....	24
HYPOPHYSE	26
OBSERVATIONS.....	29
TRAITEMENT	41
CONCLUSIONS	42
BIBLIOGRAPHIE	44

Imprimerie A. CASTET

38 bis, Boul. St-Marcel

— Paris - 5^e —

